Aus dem Institut für Rechtsmedizin
der Freien Universität Berlin
Direktor: Professor Dr. med. Walter Krauland

ÜBER DEN „TOD DURCH ERTRINKEN" VON DEUTSCHEN MILITÄRPERSONEN DES 2. WELTKRIEGES UNABHÄNGIG VON KAMPFHANDLUNGEN

— Dargestellt anhand der Unterlagen im
Zentralen Krankenbuchlager Berlin —

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den
Medizinischen Fachbereichen der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Kwaovi-Benyacou Lucien Pierre Johnson
Athiéme

1975

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547206_0053

Aus dem Institut für Rechtsmedizin
der Freien Universität Berlin
Direktor: Professor Dr. med. Walter Krauland

ÜBER DEN "TOD DURCH ERTRINKEN" VON DEUTSCHEN MILITÄRPERSONEN DES 2. WELTKRIEGES UNABHÄNGIG VON KAMPFHANDLUNGEN

- Dargestellt anhand der Unterlagen im
Zentralen Krankenbuchlager Berlin -

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Kwaovi-Benyacou Lucien Pierre Johnson
Athiéme

Referent: Professor Dr. med. Walter KRAULAND

Korreferent: Professor Dr. med. W. MASSHOFF

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität
Berlin

Promoviert am: 24. November 1975

Ich widme diese Arbeit als Ausdruck
meiner Dankbarkeit für Liebe und
Vertrauen

meiner Mutter und meinem Vater,
meinen Kindern,
meinen Brüdern und Schwestern,
meiner Familie.

à

Kwaovi Benyi JOHNSON

en gage de notre amitié

Le cerveau est petit
mais il renferme la pensée,
l'oeil n'est qu'un point
mais il embrasse l'univers,
l'enfant est petit
mais il renferme l'homme.

PASCAL

INHALTSVERZEICHNIS

I. Einleitung 1
II. Materialsammlung 6
III. Methodik 11
IV. Ergebnisse 13
V. Diskussion 26
VI. Kasuistik 41
VII. Zusammenfassung 54
VIII. Literaturverzeichnis 56

EINLEITUNG

In der Todesursachenstatistik wird die Todesursache "Ertrinken" besonders herausgestellt.
Das war bereits bei dem deutschen Todesursachenverzeichnis aus dem Jahre 1958 der Fall und gilt auch nach der Einführung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD) durch die Weltgesundheitsorganisation im Jahre 1968.
Der Anlaß für das Ertrinken (bzw. für den Tod im Wasser) liegt in erster Linie bei den Unfällen, gefolgt von den Selbsttötungen; Tötungen durch Ertränken sind sehr selten. Die großen Sammelstatistiken ergeben auf die Fragen nach ursächlichem Ereignis keine Antwort, weil die Zahlenangaben sich ja nur auf die Auswertung der Leichenschauscheine stützen können. Die Diagnose "Ertrinken" dürfte sich dabei in der Regel nach den äußeren Umständen richten. Nur selten dürften genaue Untersuchungen durchgeführt worden sein. Wie häufig dabei eine Leichenöffnung vorgenommen wurde, ist aus den statistischen Angaben nicht zu entnehmen. Die Einordnung der Unfälle macht vom versicherungsrechtlichen Standpunkt keine Schwierigkeiten, wenn der Sturz ins Wasser durch ein äußeres Ereignis ausgelöst wurde, z.B. Brückeneinsturz, Bootsunglücke, Schiffskatastrophen, Verkehrsunfälle usw. Eine Ausnahme bilden die Todesfälle beim Baden und Schwimmen, weil sich in diesen Fällen die Personen freiwillig in das Wasser begeben haben und eine Unfallsituation sich nicht ohne weiteres

nachweisen läßt.

Beim Badetod handelt es sich somit in der Regel um zivilrechtliche Probleme. Dem einzelnen Untersucher steht dabei für gewöhnlich nur ein geringes Erfahrungsgut zur Verfügung, wobei allerdings viele Fälle sorgfältig analysiert wurden (KRAULAND [1]). Über umfänglichere Zahlen verfügt nur EMMINGER [2], der sich auf die Berichte der "Deutschen Lebensrettungs-Gesellschaft" stützen kann.

Die Frage des Ertrinkungstodes beim Militär ist in verschiedener Richtung und unter den verschiedensten Gesichtspunkten von Bedeutung. Es interessierte daher die Frage, ob Zahlen aus dem letzten Krieg zu erlangen waren. Dafür boten sich die Unterlagen im Archiv des Zentralen Krankenbuchlagers in Berlin an. Diese bilden für die versorgungsrechtliche Regulierung von Wehrdienstbeschädigungen eine wichtige Grundlage.

Dieses Vorhaben erschien deshalb besonders aussichtsreich, weil auch die Sektionsprotokolle der ehemaligen Wehrmachtsobduzenten zur Verfügung stehen. Diese Protokollsammlung wurde s.Z. nach bestimmten Gesichtspunkten eingerichtet und sollte ermöglichen, Fragestellungen zusammenfassend nachzugehen. Zur besseren Übersicht wurden hier die Hauptklassen der gesammelten Obduktionsprotokolle in einer Tabelle (S. 3) zusammengestellt. Demnach sind die Ertrinkungsfälle in der Klasse "J" enthalten. Die Durchsicht dieser Protokolle ergab aber eine sehr unterschiedliche Qualität, obwohl genaue Anweisungen

Wehrpathologie

A Allgemeine Wundpathologie
- I. Ätiologie
  - 1. Geschoßarten und Geschoßdynamik
  - 2. Dynamik bei den übrigen Gewalteinwirkungen (Stich, Stoß, Schlag, grobe Gewalt)
- II. Allgemeine pathologische Anatomie der Wunden
  - 1. Wundarten sowie Wundgestaltung in Abhängigkeit von der Einwirkenden Gewalt
  - 2. Wundgestaltung in Abhängigkeit von der Beschaffenheit der Gewebe

B. Spezielle Wundpathologie
- I. Haut und Weichteile
- II. Gefäße
- III. Knochen und Gelenke
- IV. Periphere Nerven
- V. Rückenmark
- VI. Gehirn
- VII. Auge und Ohr
- VIII. Gesichtsschädel und Mundhöhle
- IX Hals
- X. Brust
- XI Bauch ausschließlich Becken
- XII. Becken und Geschlechtsorgane
- XIII. Verletzungen durch grobe Gewalt
  - 1. beim Reitdienst
  - 2. beim Fahrdienst
  - 3. Absturz aus großer Höhe
  - 4. Explosionsdruck
  - 5. Verschüttung

C. Wirkung der Verletzungen auf den Gesamtorganismus
- I. Blutungsanämie und Verblutung, Wundschock
- II. Fett-, Luft- und Gewebsembolie
- III. Resorption der Zerfallstoffe der Wunden
- IV. Folgen des Funktionsausfalles verletzter Organe

D. Wundinfektion
- I. Aerobe einschließlich Wunddiphterie
- II Anaerobe

E. Komplikationen nach Verletzungen.
- I. Thrombose
- II. sog. Hospitalbrand
- III. Amyloidose

F. Wirkung chemischer. insbesondere der Kampfstoffe
- I. Phosgen
- II. Gelbkreuz
- III. evtl. andere Kampfstoffe
- IV. Gase und Abgase von Motoren

G. Wirkung großer Höhen

H. Thermische Schädigungen
- I. Verbrennung
- II. Hitzschlag
- III. Erfrierung
- IV. Erkältung

J. Ertrinkung

K Seuchen
- I. mit im Vordergrund stehender Beteiligung des Magen u. Darmkanals
  - 1. Typhus
  - 2. Paratyphus
  - 3. Ruhr
  - 4. Cholera
- II. Sonstige Seuchen
  - 1. Grippe
  - 2. Flecktieber
  - 3. Rückfallfieber
  - 4. Weil'sche Krankheit
  - 5. Pocken
  - 6. Sonstiges
  - * 7. Tuberkulose
  - 8. Meningitis
  - 9. Heine - Medinsche Erkrankung

L. Ernährungsstörungen und Erschöpfungsschäden

M. Überlastungsschäden
- I. am Bewegungsapparat
- II. an Herz und Kreislauf

** N. Der Rheumatismus

O. Krieg und Nierenkrankheit

P. Krieg und Blutkrankheiten.

Q. Krieg und Lungenkrankheiten

R. Krieg und Hautkranheiten

S. Krieg und sog. plötzlicher Tod

T. Konstitutionspathologie

*** X. bösartige Geschwülste

Y. Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre

Z. Krieg - Herz- und Gefäßkrankheiten

U. Tropenkrankheiten

V. Gerichtlich-medizinische Befunde

*** W. Sonstiges

über die Abfassung derselben vorlagen (S. 5). Je nach dem Ausbildungsgrad der Untersuchenden sind erhebliche Variationen festzustellen, z.T. sind die Protokolle sehr minitiös abgefaßt - wie z.B. dieses für gerichtliche Leichenöffnungen nach den Richtlinien üblich ist - z.T. sind die Obduktionsprotokolle nur nach Art von erweiterten Diagnosen schriftlich niedergelegt. Die Vorgeschichte ist gelegentlich nur ganz kurz erwähnt, gelegentlich sind ausführliche Berichte der Feldgendarmerie oder der Wehr-Sanitätsabteilungen beigegeben. An die Sektionsprotokolle schließen sich ausführliche Epikrisisberichte bzw. ausführliche anatomische Diagnosen unter Einschluß von histologischen Untersuchungen an. In der Mehrzahl der Fälle ist die Ausführung der Sektionsprotokolle außerordentlich dürftig. Ein Unterschied ist auch festzustellen, wenn der Ort der Leichenöffnung im ehemaligen Heimatbezirk, im besetzten Gebiet oder hinter der Front lag. Es sind also Bedingungen, die die Beurteilung sehr schwierig machen.

Zunächst erschien in der Klasse "J" - Ertrinkung - die Zahl der vorhandenen Protokolle beeindruckend. Es waren insgesamt 1480 Protokolle. Von diesen 1480 erschienen aber nur 654 aus obigen Gründen brauchbar.

Dienststelle: Sekt. Nr.:

Leichenöffnungsbefundbericht.

Lazarett: Feldpost Nr.:

Hauptkrankenbuch Nr.:

Abteilung:

Abt. Kr. Bl. Nr.:

Name und Vorname:

Dienstgrad, Truppenteil (feldp. Nr.):

Erkennungsmarke: Bürgerlicher Beruf:

Geburtstag und -Ort:

Todestag und -Ort:

Tag, Stunde und Ort der Sektion:

Obduzent:

Klinische Diagnose (Vorgeschichte umseitig):

Grundleiden:

Todesursache:

Ausführliche pathologisch-anatomische Diagnose:

Buchdruckerei Adolf Uebe, Berlin SO 26.

II. MATERIALSAMMLUNG

Aus den Beständen der ehemaligen deutschen Wehrmacht waren 12 Mappen an Protokollen über den Ertrinkungstod von Soldaten in den Jahren 1942 und 1943 aus verschiedenen Ländern Europas vorhanden, die alle durchgesehen wurden. Insgesamt handelte es sich dabei um die Protokolle der Nummern 1 bis 1480, von denen jedoch nur 654 Protokolle vorhanden waren. Tabelle 1 gibt Auskunft über die entsprechenden Einzelheiten:

TABELLE 1

Nr. der Mappe	Enthaltene Protokoll-Nrn. lt.Beschriftg.	Anzahl d. fehlenden Berichte	Anzahl d. mehrf.enth. Berichte	Anzahl d. einm.enth. Berichte	Gesamt-anzahl d. Berichte
I	1 - 790	736	9	45	54
II	791 - 860	21	34	15	49
III	861 - 950	20	53	17	70
IV	951 - 1020	5	49	16	65
V	1021 - 1090	3	42	25	67
VI	1091 - 1160	3	41	26	67
VII	1161 - 1230	8	54	8	62
VIII	1231 - 1290	5	47	8	55
IX	1291 - 1350	4	43	13	56
X	1351 - 1420	4	55	11	66
XI	1421 - 1470	1	30	3	33
XII	1471 - Ende	-	-	10	10
				Summe:	654

In der großen Überzahl der Fälle wurden die Obduktionen von Wehrpathologen durchgeführt, jedoch sind einige als Gerichtsmediziner ausgewiesen.
Primär muß darauf hingewiesen werden, daß die damaligen Wehrärzte Richtlinien für ihre Tätigkeit als Pathologen im Kriegsfalle erhalten hatten, mit dem Ziel, die Gesundheitsstörungen, die mit dem Wehrdienst in einem wie auch immer gearteten ursächlichen Zusammenhang stehen zu klären. Aus den von den Pathologen gemachten Erfahrungen, zu deren Sammlung besonders organisatorische Maßnahmen getroffen wurden, sollte sich sowohl

a) ein vollständiger Überblick über die überhaupt vorkommenden gesundheitlichen Kriegsschäden, als auch
b) ein tieferer Einblick in die Entstehung und verschiedenen Verlaufweisen bzw. die Ausgangsmöglichkeiten der einzelnen Schädigungen gewinnen lassen.

Die Protokolle sollten Grundlage für ein Handbuch der kriegsärztlichen Erfahrungen oder, besser gesagt, Bausteine zum Nutzen späterer Ärztegenerationen werden. Jede pathologische Feststellung kann ja den Charakter eines wissenschaftlichen Beitrages erhalten, wie es z.B. den Amerikanern bei der Beobachtung der Coronarienveränderungen im Koreakrieg gelungen ist.
Leider waren die damaligen Arbeitsbedingungen gelegentlich sehr schwierig und vielfach mußte improvisiert werden. Der Armeepathologe und Kriegslazarett-Pathologe erhielt auf Anforderung vom Sanitätspark eine "Ausrüstung für Pathologen" (Anl. S. 1031 KAN). Den übrigen Pathologen

stand zu Leichenöffnungen, die außerhalb ihrer ständigen Arbeitsstätte vorgenommen wurden, nur ein Sezierbesteck zur Verfügung (nach Anl. S. 1015 zur KAN).
Die Sammlung von Anschauungsmaterial und seine Konservierung waren erschwert durch den Krieg selbst, obwohl die theoretische Arbeit von Pathologen über den zuständigen Truppen- oder Lazarettarzt zur Weiterleitung an den leitenden Sanitätsoffizier der zuständigen Kommandobehörde, den Heeres-Sanitätsinspekteur bis zur Berichtsammelstelle bei der militärarztlichen Akademie sorgfältig und genau organisiert war. Zur Erleichterung dieser organisatorischen Arbeit hat man alle vom Pathologen untersuchten Fälle und ärztlich wissenswerte Erhebungen zusammengefaßt. Das Krankenbuchlager Berlins, diese älteste und jüngste Dienststelle der Versorgungsverwaltung in Berlin ist erst mit Beginn des Jahres 1952 im Sinne der Ausführung von § 2 des Errichtungsgesetzes für die Verwaltungsbehörden der Kriegsopferversorgung vom 12. März 1951 (GVBI 1951 S. 1131) wieder als Teil der Versorgungsverwaltung errichtet worden.
Die Unterlagen wurden von aufgelösten Lazaretten und auch von Privatpersonen übernommen. Sie befanden sich vielfach, bedingt durch die Wirren des Zusammenbruchs und der Nachkriegszeit, in einem verwahrlosten Zustand. Die von dem früheren Zentralarchiv für Wehrmedizin stammenden Restbestände waren buchstäblich aus dem Brandschutt des Reichstagsgebäudes ausgegraben worden.
Eine Begrenzung des Untersuchungsgutes ergab sich auch

daraus, daß den ehemals vorhandenen vier Hauptkrankenbuchlagern nur das Berliner den Krieg teilweise überdauert hat. Die Krankenbuchlager in Dresden, München und Stuttgart wurden völlig zerstört. Zur Auswertung standen daher nur die in Berlin gesammelten Unterlagen für die preußische Armee zur Verfügung (vgl. HEGER [12], Das Krankenbuchlager Berlin, in Forsch.Prax.Fortb. (Med) 1967, 575).

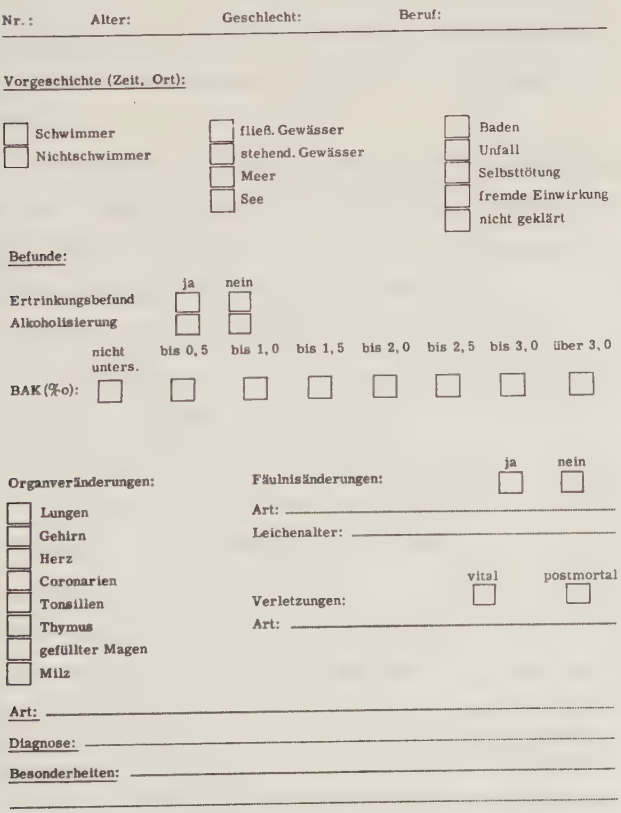
Diese Berichte enthielten im Idealfall eine Beschreibung des Unfallherganges, der vorangegangenen Aktivitäten (Mahlzeiten, Alkoholgenuß, starke körperliche Anstrengungen, u.a.m.) mit entsprechenden Zeugenaussagen, Angaben darüber, ob der Verunglückte Schwimmer oder Nichtschwimmer war, durch Krankheit oder Gebrechen dauernd oder vorübergehend in seiner körperlichen Leistungsfähigkeit eingeschränkt war. Über den Ertrinkungstoten enthielten die Protokolle Angaben über den Zeitpunkt der Sektion und ein mehr oder weniger ausführliches Sektionsprotokoll. Aus juristischen Gründen war auch fast immer festgehalten worden, ob der tödliche Unfall in den Dienst- oder Freizeitbereich der Wehrmachtsangehörigen fiel.

Diesem Ideal entsprachen jedoch nur sehr wenige der Protokolle. Oft fehlten wesentliche Angaben, z.B. darüber, ob der Verunglückte Schwimmer oder Nichtschwimmer war. Insbesonders aber waren die Sektionsprotokolle oft sehr summarisch und z.T. auch widersprüchlich in ihren Aussagen, so daß oft nicht einmal die Frage, ob es sich um

einen Ertrinkungs- oder einen Badetod handelte, anhand des Berichtes beantwortet werden konnte. (z.B. "Ertrinkungstod infolge Herz- und Kreislaufversagen").
Zum Teil scheinen die Protokolle unter erheblichem Zeitdruck gefertigt worden zu sein. so daß ihre teilweise sehr geringe Qualität nicht verwundern kann. Die Aussagekraft eines Sektionsprotokolls von dieser Qualität ist aber so gering, daß es besser ist, ein solches Protokoll nicht zu verwenden, statt nunmehr 30 Jahre nach dem Geschehen die Lücken nach eigenem Ermessen mit Vermutungen zu schließen.

III. METHODIK

Zur Auswertung wurde ein Fragebogen entworfen (siehe Abb.) und für alle 654 vorhandenen Sektionsfälle ausgefüllt.



Nr.: Alter: Geschlecht: Beruf:

Vorgeschichte (Zeit, Ort):

☐ Schwimmer
☐ Nichtschwimmer

☐ fließ. Gewässer
☐ stehend. Gewässer
☐ Meer
☐ See

☐ Baden
☐ Unfall
☐ Selbsttötung
☐ fremde Einwirkung
☐ nicht geklärt

Befunde:

	ja	nein
Ertrinkungsbefund	☐	☐
Alkoholisierung	☐	☐

BAK (‰):	nicht unters.	bis 0,5	bis 1,0	bis 1,5	bis 2,0	bis 2,5	bis 3,0	über 3,0
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Organveränderungen:

☐ Lungen
☐ Gehirn
☐ Herz
☐ Coronarien
☐ Tonsillen
☐ Thymus
☐ gefüllter Magen
☐ Milz

Fäulnisänderungen: ja ☐ nein ☐

Art: _____

Leichenalter: _____

Verletzungen: vital ☐ postmortal ☐

Art: _____

Art: _____

Diagnose: _____

Besonderheiten: _____

Dabei wurden die in den Protokollen enthaltenen Angaben über Vorgeschichte (Zeit, Ort und Umstände), Schwimmvermögen und vor allem die autoptischen Befunde in ein Schema übertragen. Für die Angabe von Besonderheiten war ausreichend Platz vorgesehen. Diese Karteikarten wurden manuell nach den jeweiligen Fragestellungen sortiert und gegebenenfalls als Hinweis auf die Originalakte verwendet.

IV. ERGEBNISSE

Um falsche Eindrücke zu verhindern, soll zunächst darauf hingewiesen werden, daß es sich bei den vorhandenen Ertrinkungstodesfällen durchweg um Fälle handelt, die außerhalb der unmittelbaren Kriegseinwirkung einzuordnen waren. Es handelt sich somit um Zwischenfälle bei der sportlichen oder freizeitlichen Beschäftigung der Soldaten in der Heimat oder den besetzten Gebieten hinter der Front, also um Bedingungen, die auch im zivilen Leben vorkommen.

Bei dem Versuch, die Protokolle statistisch auszuwerten, zeigten sich alsbald große Schwierigkeiten, weil die einzelnen für die Auswertung erheblichen Daten ganz unterschiedlich angegeben wurden. In einzelnen Fällen waren sie in der wünschenswerten Form vorhanden. In anderen Fällen fehlen Angaben, wie beispielsweise über den Fundort, das Alter der Leiche usw.

Das hängt offensichtlich damit zusammen, daß die örtlichen Verhältnisse ganz unterschiedliche Informationen zuließen. Andererseits war damit zu rechnen, daß verschiedene Protokolle im Archiv des Zentralen Krankenbuchlagers nicht ordnungsgemäß eingeordnet wurden oder im Laufe der Jahre bei der Registrierung und Bearbeitung verloren gegangen sind.

Das sind Gründe, daß eine exakte statistische Erhebung, wie dies bei einem einheitlichen Untersuchungsgut aus

einem Forschungsinstitut auch rückschauend durchaus möglich ist, hier von vornherein nicht möglich war. Die Versuche, eine Ordnung in die vorhandenen Protokolle hineinzubringen, waren somit von vornherein außerordentlich erschwert. Die Ergebnisse sind lückenhaft und erlauben keine exakte Aussage. Um dennoch einen Eindruck von der aufgewendeten Arbeit zu geben, seien einige Tabellen zusammengestellt und kurz interpretiert.
Die nach Sichtung verwertbaren 654 Sektionsprotokolle wurden zunächst nach den Angaben der Obduzenten in Unglücksfälle, Badetodesfälle, Selbsttötungen, Tötungen durch fremde Hand und in ungeklärte Fälle gegliedert. Wegen der großen Bedeutung, die der Frage der Schwimmfähigkeit in versorgungsrechtlicher Hinsicht zukommen kann, wurde in den verschiedenen Untergliederungen auch zu klären versucht, ob der Verunglückte Schwimmer oder Nichtschwimmer war.

TABELLE 2

	Gesamt	Schwimmer	Nicht-schwimmer	keine Angaben
Unglücksfälle	557	90	60	407
Badetod	32	10	8	14
fremde Hand	4	-	-	4
Selbsttötung	9	-	-	9
ungeklärte Fälle	52	16	12	24
	654	116	80	458

Aus dieser Tabelle ergibt sich, daß in den weitaus meisten Fällen ein Unglücksfall angenommen wurde (85%).

Ein Badetodesfall diagnostizierten die Obduzenten in 5% der Fälle. Die Zahl der ungeklärten Fälle ist mit etwa 8% der Fälle relativ gering. Während die Selbsttötung und die Tötung durch fremde Hand jeweils etwa nur 1% der untersuchten Fälle ausmachte.

Auffällig ist die große Zahl der Verunglückten (ca. 70%), für die die Frage, ob sie Schwimmer oder Nichtschwimmer waren, aus den Akten nicht beantwortet werden konnte. Die Formulare für Sektionsprotokolle enthalten diese Frage nicht; daher kann damit gerechnet werden, daß es Fälle gab, in denen der Pathologe darüber unterrichtet war und nur vergessen hat, die entsprechende Angabe zu machen. Andererseits ist die Feststellung, ob der Verunglückte Schwimmer oder Nichtschwimmer war, natürlich keine pathologische Feststellung; d.h. der Pathologe war darauf angewiesen, von anderer Seite eine zuverlässige Antwort auf diese Frage zu bekommen. Wie oft er sie erhielt, wie oft sie ihm so zuverlässig erschien, daß er sie mit seiner Unterschrift zu bestätigen bereit war, und wie oft sie ganz fehlte - das ist heute wohl nur noch eine müßige Spekulation.

Darüber hinaus wird man damit rechnen müssen, daß auch in den Einheiten nicht überall bekannt war, wer des Schwimmens kundig war und wer nicht.

Vom versorgungsrechtlichen Standpunkt sind Unfälle von Nichtschwimmern von untergeordneter Bedeutung, weil in diesen Fällen bei klarer Unfallsituation oder auch, wenn es zum Untergehen beim Baden kommt, kaum Einwände

gekommen sein dürften.

Für die weiteren Untersuchungen wurde nur mit den beiden Gruppen gearbeitet, von denen bekannt war, ob es sich um Schwimmer oder Nichtschwimmer handelte: insgesamt also 196 Männer (bei den beiden Frauen war diese Frage ungeklärt).

Anhand dieser Unterteilung wurde versucht, den Ertrinkungstod zu ermitteln. Es zeigte sich, daß der Anteil der Schwimmer, die in stehenden und fließenden Gewässern zu Tode kamen, gleich hoch ist. Während bei den Nichtschwimmern die Unglücksfälle in fließenden Gewässern an der Spitze stehen. Das erklärt sich vermutlich daraus, daß die Gefahr der Untiefen und des Abgetriebenwerdens bei fließenden Gewässern erheblich größer ist. Insgesamt sind die fließenden Gewässer der häufigste Ertrinkungsort. In 11% der Fälle ließ sich aus den Akten der Ertrinkungsort nicht feststellen. Dieser hohe Prozentsatz muß auf mangelnde Sorgfalt beim Aufsetzen der Protokolle zurückgeführt werden.

Erstaunlicherweise finden sich kaum Unterschiede zwischen Schwimmern und Nichtschwimmern. Bei den Nichtschwimmern treten, von den genannten Unterschieden abgesehen, dieselben Ertrinkungsorte auf wie bei den Schwimmern. Die prozentuale Verteilung auf die einzelnen Ertrinkungsorte unterscheidet sich nur unwesentlich.

TABELLE 3

Ertrinkungsort

	fließende Gewässer	stehende Gew. Seen	stehende Gew. andere	Meer	ungekl. Fälle	Gesamt
Schwimmer	48	18	30	8	12	116
Nichtschwimmer	40	8	20	2	10	80
Gesamt	88	26	50	10	22	196

Anhand dieser Unterteilung wurde versucht, die 196 Unglücksfälle danach zu trennen, ob es sich um Ertrinkungs- oder Badetodesfälle handelte. Dem stand folgende Schwierigkeit entgegen: Die damaligen Wehrmachtsärzte hatten nicht nur terminologische Schwierigkeiten, die sich aus dem damaligen Wissensstand ergaben, sondern sie haben darüber hinaus in vielen Fällen nicht die Sachverhalte erhoben oder jedenfalls nicht dokumentiert, die zu einer nachträglichen Urteilsbildung erforderlich wären. Abgesehen davon muß mit "Grenzfällen" gerechnet werden, nämlich jenen Fällen von Badetod, bei denen die terminalen Atemzüge zur Aspiration führten oder Wiederbelebungsversuche eine Hyperämie der Lunge verursachten. Daher verwundert es nicht, daß nur 28 der 196 Fälle klar einzuordnen waren, nämlich 21 Ertrinkungs- und 4 Badetodesfälle, 2 Alkoholintoxikationen und eine fremde Einwirkung. Die übrigen Fälle konnten wegen unvollständiger Angaben nur unter Vorbehalt gegliedert werden (vgl. Tabelle 4). Insgesamt zeigt sich auch bei dieser Tabelle, daß die Zahl der Ertrinkungstodesfälle weit an der

Spitze der Todesursachen steht. In etwa 9% der Todesfälle konnte ein Badetod angenommen werden. Die Zahl der ungeklärten Fälle ist hier mit rund 14% verhältnismäßig gering.

TABELLE 4

Befunde

	Schwimmer	Nichtschwimmer	Gesamt
Ertrinkungstod	90	60	150
Badetod	10	8	18
ungeklärte Fälle	16	12	28
Gesamt	116	80	196

Die Zahl der Schwimmer, die an den Unglücksfällen im Wasser beteiligt ist, ist auch hier mit 60% der Fälle am größten; mit 46% ist die Zahl der Schwimmer bei den Ertrinkungstodesfällen die größte Einzelzahl.
Wegen der Bedeutung, die dem Leichenalter für die Genauigkeit der Befunde zukommt und der nur begrenzten Aussage, die bei der Sektion einer Leiche mit einem hohen Leichenalter bei der Bergung möglich ist, wurden die Sektionsprotokolle auf die Verweildauer der Leichen im Wasser durchgesehen.
Dabei zeigte sich, daß ca. 62% der Toten in den ersten 2 Tagen aus dem Wasser geborgen werden konnten. 17% der Leichen konnten jedoch erst nach 15 und mehr Tagen gefunden werden. Diese hohe Prozentzahl in Verbindung mit der Tatsache, daß in 38% der Fälle eine Untersuchung der

Leiche erst nach mehr als zwei Tagen durchgeführt werden konnte, erklärt ebenfalls die zum Teil geringe Aussagekraft der Sektionsbefunde. Die Aufteilung des Bergungsalters in Schwimmer und Nichtschwimmer zeigt, daß die Fragestellung keine Bedeutung hat. Die Zahlen für die ersten Tage weichen nur geringfügig ab. Die Annahme, ein Nichtschwimmer sei schneller zu bergen, weil er in Ufernähe untergeht, ist nicht gerechtfertigt.

TABELLE 5 (siehe S. 20)

In 63 der 196 Sektionsprotokolle sind Angaben über Wiederbelebungsversuche enthalten (40 bei Schwimmern und 23 bei Nichtschwimmern). Nur einer der so behandelten Fälle hat für einige Stunden das Bewußtsein wiedererlangt, ist jedoch später trotz Tracheotomie verstorben.

In wieviel Fällen Wiederbelebungsversuche bei im Wasser untergegangenen Soldaten zu einem bleibenden Erfolg geführt haben, kann aufgrund der uns vorliegenden Akten nicht beantwortet werden, da wir ja nur die Akten von Todesfällen bearbeiten konnten. Die Frage nach der Effizienz von Wiederbelebungsversuchen an im Wasser untergegangenen Personen läßt sich daher anhand des uns zur Verfügung stehenden Datenmaterials nicht einmal diskutieren - geschweige denn beantworten.

Die uns unter ihrem rechtlichen Aspekt besonders interessierende Frage ist die Frage nach den Umständen, die zum tödlichen Unfall führten. Wir haben diese Umstände

TABELLE 5

Leichenalter nach der Bergung

	weniger als 1 Tg.	1 Tg.	2 Tg.	3 Tg.	4 Tg.	-6 Tg.	-8 Tg.	-10 Tg.	-12 Tg.	-15 Tg.	Gesamt
Schwimmer	20	35	14	9	11	3	3	1	1	2?	117
Nichtschw.	14	33	6	2	2	1	3	-	4	14	79
Gesamt	34	68	20	11	13	4	6	1	5	34	196

(siehe Fragebogen) gegliedert nach:

Wehrbaden (Dienst)
Unfälle (Dienst oder Freizeit)
Selbsttötung
Fremdeinwirkung
ungeklärte Fälle.

Eine Übersicht gibt Tabelle 6.

TABELLE 6

	Wehr-baden	Unfälle	Selbst-tötung	Fremd-einwrk.	ungekl. Fälle	Gesamt
Schwimmer	83	20	-	1	12	116
Nichtschw.	52	20	3	-	5	80
Gesamt	135	40	3	1	17	196

Die mit Abstand häufigsten Fälle (69%) sind die Unglücksfälle beim dienstlichen Wehrbaden. Die übrigen Unfälle machen 20% aus, die ungeklärten Fälle nur 8%; die restlichen 3% verteilen sich auf 3 Fälle von Selbsttötung bei Nichtschwimmern und 1 Fall von Fremdeinwirkung bei Schwimmern. Die Unglücksfälle bei Schwimmern und Nichtschwimmern sind annahernd gleichmäßig auf die beiden Hauptumstände, Wehrbaden und Unfälle, verteilt. Die relativ geringe Anzahl von ungeklärten Fällen darf als Ausdruck der Bemühungen um eine Klärung der Rechtslage angesehen werden. Daß Selbsttötung vorzugsweise bei Nichtschwimmern vorkam, verwundert nicht.

Eine Aufschlüsselung des Untersuchungsgutes nach dem Alter ergab, wie nicht anders zu erwarten war, daß die Mehrzahl der Verunglückten sich zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr befand. Das ist die beim Militär vorherrschende Altersgruppe. Mit Ausnahme von 2 Fällen handelte es sich bei den Verunglückten ausschließlich um Männer.

Wenn auch der Frage der Schwimmfähigkeit wegen der unzureichenden Angaben keine große Bedeutung beigemessen werden kann, läßt sich aus den vorliegenden Zahlen doch entnehmen, daß bei den bekannten Nichtschwimmern die Zahlen in allen Altersgruppen unter denen der Schwimmer liegen.

TABELLE 7 (siehe S. 23)

Es ist oft in der Literatur angegeben worden, daß der Ertrinkungs- oder Badetod durch Alkoholgenuß begünstigt wurde (ZIEMKE (1930), KLAUS (1937), EMMINGER (1968), REH (1970) u.a.), ohne daß die jeweilige Blutalkoholkonzentration angegeben wurde. Zum Teil resultiert das daher, daß die Fälle aus einer Zeit stammen, wo Blutalkoholbestimmungen noch nicht routinemäßig durchgeführt wurden.

Neuere Untersuchungen machen diese Unterscheidung. (z.B. KRAULAND [3], JÄÄSKELÄINEN [4]). Dabei stellte KRAULAND [3] in 11 von 13 Fällen eine Blutalkoholkonzentration zwischen 2,3‰ und 3,1‰ und je einmal 1,1‰ bzw. 1,5‰ fest (S.11) und ermittelte bei verunglückten Fuß-

TABELLE 7

Einteilung nach Alter und Geschlecht

	0-19J.	20-25J.	26-30J.	31-35J.	36-40J.	41-60J.	über 60J.	unbekannt	Gesamt
Männer	32	243	81	115	64	60	1	56	652
Frauen	-	-	-	-	1	-	-	1	2
Gesamt	32	243	81	115	65	60	1	57	654

gängern eine durchschnittliche Blutalkoholkonzentration von 2,3‰ (siehe dort s. 5). Zu ähnlichen Ergebnissen kam JÄÄSKELÄINEN. Er fand bei 87 Unfällen durch Ertinken einen durchschnittlichen Wert von 2,4‰ BAK.

Für die hier zu untersuchenden 196 Fälle ergaben sich bei der Blutalkoholuntersuchung, die offensichtlich nach dem Widmark-Verfahren durchgeführt wurde, folgende Werte:

TABELLE 8

	mit Alkohol ≥8‰	mit Alkohol <8‰	ohne Alkoh.	nicht unters.	fehl. Angabe	Gesamt
Schwimmer	2	2	-	7	105	116
Nichtschw.	1	2	2	-	75	80
Gesamt	3	4	2	7	180	196

Da bei 92% die Angabe fehlt und bei weiteren 3,5% der Fälle keine Untersuchung durchgeführt wurde, ist die Analyse der restlichen 4,5% der Fälle nicht sinnvoll.

Auch wenn von den 654 Fällen ausgegangen wird, ändert sich das Bild nicht. Die in der Tabelle 9 angegebenen Zahlen sind auch insoweit nur mit Vorbehalt zu behandeln, als sie auch jene Fälle mit umfassen, in denen nur der Verdacht einer Alkoholbeeinflussung mit angegeben ist, ohne daß eine besondere Alkoholuntersuchung durchgeführt worden ist. In 11% der Unglücksfälle und in 1% der Badetodesfälle ergab sich danach der Verdacht einer Alkoholbeeinflussung. Im Vergleich zu den Fällen ohne

Alkoholgenuß (Unglücksfälle 3,6%, Badetod 0,3%) ist eine relativ hohe Zunahme festzustellen. Allerdings ist bei der geringen Zahl der Fälle mit dem Fehler der kleinen Zahl zu rechnen, so daß eine genaue Aussage nicht möglich ist.

TABELLE 9

	mit Alkohol		ohne Alkohol		keine Ang.		Gesamt
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	
Selbsttötung	1	-	3	-	5	-	9
Unglücksfälle	71	-	24	-	462	-	557
Badetod	6	-	2	-	24	-	32
Fremde Hand	1	-	-	-	3	-	4
Ungeklärte F.	-	-	-	-	50	2	52
Gesamt	79	-	29	-	544	2	654

V. DISKUSSION

Bei den 654 verwertbaren Protokollen handelt es sich um 557 Unglücksfälle, 32 Badetodesfälle, 9 Selbsttötungen und 56 ungeklärte Fälle. Von diesen 654 Fällen waren in 196 Protokollen Angaben darüber, ob ein Schwimmer oder ein Nichtschwimmer verunglückte, vorhanden. Bei den 32 Badetodesfällen enthielten 8 Protokolle Hinweise auf Alkoholgenuß. Von diesen 32 Verunglückten waren 10 Schwimmer und 8 Nichtschwimmer.

Das sind Zahlen, die Vergleiche mit Statistiken im zivilen Bereich nicht standhalten, jedoch läßt sich auch aus ihnen entnehmen, daß die Verhältnisse im militärischen Bereich nicht grundsätzlich verschieden sind. So ermittelte KRAULAND [3] im Institut für Rechtsmedizin der Freien Universität Berlin für den Zeitraum vom 1.1.1956 bis zum 31.12.1970 bei 463 Toten aus dem Wasser 61,6% Selbsttötungen, 19,4% Unglücksfälle und 9,1% Fälle von Badetod. Demgegenüber ergab die vorliegende Untersuchung zwar in 85,1% einen Unglücksfall und nur in 1,3% eine Selbsttötung. Diese völlig verschiedenen Zahlen ergeben sich jedoch aus der Art des Untersuchungsgutes. Die Zahlen über den Badetod liegen jedoch mit 9,1% und 4,9% der Fälle relativ dicht beieinander.

Die Frage der Prophylaxe ist bei Ertrinkungstodesfällen von außen nur unzureichend zu beeinflussen. Auch ist in diesem Zusammenhang wichtig, daß die Badetodesfälle,

die, soweit es sich um Schwimmer handelt, auf innere Ursachen zurückzuführen sind (bei KRAULAND [5] 4,9%), kaum ins Gewicht fallen und bei den Unglücksfällen, die den Hauptanteil der Fälle ausmachen, die zentrale Frage nach der Schwimmfähigkeit in 70% der Fälle ungeklärt ist.

Dennoch darf angenommen werden, daß für die versorgungsrechtliche Regulierung das Ergebnis der Leichenöffnung, bei denen entscheidende innere Ursachen nicht gefunden wurden, ausschlaggebend gewesen ist.

Diese Untersuchung zeigt, daß Badetodesfälle unter militärischen Bedingungen untergeordnete Bedeutung haben. In erster Linie handelt es sich um Unglücksfälle und dabei dürfte die Frage der Schwimmfähigkeit von Bedeutung sein. Bei den mangelhaften Angaben läßt sich der genaue Prozentsatz nur vermuten. In den Fällen, die Angaben enthalten, beläuft sich der Anteil der Schwimmer auf etwa 60%. Er dürfte bei den Fällen ohne Angaben wahrscheinlich noch größer gewesen sein. Von wehrmedizinischer Sicht sind somit Überlegungen zur Prophylaxe durchaus gerechtfertigt.

Die vorteilhafteste prophylaktische Maßnahme unter militärischen Bedingungen wäre darin zu sehen, daß man durch geeignete Einrichtungen den Prozentsatz der Schwimmer im militärischen Bereich vergrößert. HÄRTING[5] gibt an, daß 50% der neueingestellten Soldaten Nichtschwimmer sind und etwa 30% der Soldaten auf Zeit nicht schwimmen können. HÄRTING veröffentlichte auch eine

interessante Tabelle über den Ertrinkungstod im ehemaligen Reichsheer 1921-1935 und in der ehemaligen Reichs- bzw. Kriegsmarine 1921-1937:

Verhältniszahlen bezogen auf 100 000 der Ist-Stärke

Jahr	chem. Reichsheer		chem. Reichs- bzw. Kriegsmarine		Bemerkungen
1921	31,8		29,9		*) 1922 = Untergang Dampfer „Antrax" (12 Tote) Zusammenstoß Torpedoboot „S 18" mit Linienschiff „Hannover" (10 Tote)
1922	16,2	(2,2)	196,7*)	(160,3)	
1923	24,3	(10,6)	34,3	(20,6)	**) Weserfährenunglück, wobei 80 Soldaten den Tod fanden
1924	24,3	(9,5)	88,0	(20,3)	
1925	115,9**)	(88,5)	73,5	(13,4)	
1926	26,0	(8,3)	33,3	(20,0)	
1927	—	—	93,7	(20,1)	
1928	—	—	27,0	(13,5)	
1929	26,1	(4,2)	26,7	—	
1930	19,0	(4,0)	47,4	(6,8)	
1931	14,0	(6,0)	—	—	***) Untergang Segelschulschiff „Niobe" mit 67 Soldaten
1932	13,0	(7,0)	446,7***)	(446,7)	
1933	7,0	(4,0)	19,1	(6,4)	
1934	8,0	(4,0)	34,2	(9,8)	
1935	23,0	(8,0)	34,6	(17,3)	+) Untergang Versuchsboot „Welle" (24 Tote)
1936	—	—	29,8	(24,4)	
1937	—	—	68,5+)	(66,3)	

( ) Zahlen in Klammern = im Dienst

Aufmerksamkeit verdient in diesem Zusammenhang auch die Tatsache, daß aus den Zahlen des Statistischen Bundesamtes für die Jahre 1959-1972 über den Ertrinkungstod der Trend zu einer deutlichen Abnahme herauszulesen ist. So hat die Gesamtzahl der Unfälle durch Ertrinken von 1479 im Jahre 1959 auf 1005 im Jahre 1972 abgenommen (Tab.10). Auf 100.000 Einwohner bezogen, ergab sich für die Jahre 1949-1959 eine Abnahme von 8,9 im Jahre 1949 auf 5,9 Unglücksfälle im Jahre 1959. Die Abnahme erfolgte bei

TABELLE 10

	Unfall durch Ertrinken u. Untergehen			Selbstmord durch Ertrinken		
	Gesamt	♂	♀	Gesamt	♂	♀
1959	1479	1261	218	796	356	440
1960	1101	881	220	788	349	439
1961	1399	1151	248	866	399	467
1962	1288	1039	249	780	314	466
1963	1308	1113	195	764	357	407
1964	1395	1180	215	800	364	436
1965	1183	955	228	895	378	517
1966	1304	1072	232	957	413	544
1967	1299	1062	237	949	423	526
1968	1080	849	231	883	365	518
1969	1145	921	224	794	323	471
1970	1126	919	207	831	323	508
1971	1119	895	224	674	255	419
1972	1005	825	180	674	249	425

Männern und Frauen verhältnismäßig gleichmäßig, so daß der hohe Prozentsatz der Männer, die an einem Ertrinkungstod starben, erhalten blieb. So lagen die Prozentzahlen für Männer mit Ausnahme der Jahre 1967 und 1971 ständig über 80% der Unfälle durch Ertrinken.

Demgegenüber schwanken die Zahlen für Selbstmord durch Ertrinken ständig, sodaß verschiedene kausale Verknüpfungen anzunehmen sind. Man wird daher in der Annahme nicht fehlgehen, in der Abnahme der Unfälle durch Ertrinken einen Erfolg der sportlichen Ertüchtigung zu sehen.

Leider sind die Badetodesfälle, die sich auch bei Schwimmern ereignen, in der Statistik nicht besonders ausgewiesen. KRAULAND (1 u. 3), der sich mit dieser Frage auseinandersetzt, stellte bei den 42 Berliner Fällen 54,76% Schwimmer und 45,24% Nichtschwimmer fest. Ein ähnliches Ergebnis ergibt sich, wenn man von den 18 Fällen ausgeht, in denen die Wehrpathologen einen Badetod feststellten und bei denen in den Protokollen Angaben über die Schwimmfähigkeit enthalten sind. Unter diesen Fällen sind 55% Schwimmer und 45% Nichtschwimmer.

Wegen der Schwierigkeiten, die bei der Abgrenzung zwischen Bade- und Ertrinkungstod auftreten, insbesondere, weil es oft keine genaue Analyse der Vorgeschichte und keine einheitliche anatomische Untersuchung mit den notwendigen histologischen und chemischen Nachuntersuchungen gibt, ist eine statistisch gesicherte Angabe über die Häufigkeit des Badetodes im Vergleich zu

Unglücksfällen im Wasser nicht möglich.

Daß in erster Linie das Schwimmvermögen für die Todesfälle im Wasser ausschlaggebend ist, ergibt sich aus einer altersmäßigen Aufschlüsselung der Unfallstatistik für Ertrinkungstodesfälle (Tabelle 11). Im Vergleich zu allen anderen Altersgruppen sind die Unglücksfälle in den ersten fünf Lebensjahren besonders hoch. Das gilt sowohl für Männer als auch für Frauen.

Man wird daher die Ermahnungen von HÄRTING (5) im militärischen Bereich unterstützen müssen, aber nicht nur für den Wehrbereich, sondern auch für die allgemeine Gesundheitspolitik der Bevölkerung können die Bestrebungen, das Schwimmen im Schulsport zu fördern, nicht genug unterstrichen werden.

Ganz besondere Vorsichtsmaßnahmen sind beim Tauchen mit Atemgeräten erforderlich. Hier geht es allerdings um eine spezielle Fragestellung, die zum Teil in der unrichtigen Bedienung der Tauchgeräte, Barotrauma, Panik, sowie der Caissonkrankheit begründet ist. Das sind Fragestellungen für die die vorliegende Arbeit keine Vergleichsmöglichkeiten bietet, so daß es bei den Hinweisen verbleiben soll.

TABELLE 11

Unfall durch Ertrinken und Untergehen - nach Alter aufgeschlüsselt -

Altersgr.	1959		1960		1961		1962		1963		1964		1965		1966		1967		1968		1969		1970		1971		1972	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
0-1 Jahr	4	5	7	3	5	6	8	4	6	1	10	3	3	6	9	5	6	5	5	1	3	1	2	3	4	2	-	3
1-5 J.	148	66	153	84	175	86	152	86	180	64	145	48	188	86	197	82	171	77	160	76	171	60	185	69	141	61	142	55
5-10 J.	153	22	103	24	119	21	134	20	142	32	126	19	133	15	118	25	146	21	134	39	151	33	139	24	140	37	138	34
10-15 J.	105	16	52	17	71	17	70	10	88	14	118	25	49	16	66	14	65	14	67	15	63	27	56	12	52	13	53	6
15-20 J.	228	20	82	16	136	11	98	11	115	14	139	16	58	6	79	3	86	5	59	4	78	9	75	9	79	8	77	4
20-25 J.	194	7	93	2	132	14	141	15	150	4	171	11	88	2	115	6	103	6	57	4	85	6	76	3	101	5	76	4
25-30 J.	74	8	53	4	93	10	70	7	96	7	114	12	78	5	106	7	84	7	68	5	80	9	76	1	77	3	44	4
30-35 J.	42	4	25	6	36	4	35	10	57	3	60	5	42	3	52	6	82	6	56	6	70	10	74	9	60	3	60	4
35-40 J.	32	2	29	5	35	6	21	5	34	5	55	3	28	5	45	4	41	8	30	5	39	1	31	5	41	7	50	7
40-45 J.	21	6	19	5	17	5	29	8	32	6	32	6	29	6	31	6	34	6	19	7	27	4	28	8	38	12	29	5
45-50 J.	37	11	38	4	26	13	31	8	24	7	21	7	13	7	23	6	35	8	20	6	23	4	23	7	22	15	24	6
50-55 J.	38	8	45	11	43	12	35	6	37	4	30	6	40	3	28	7	33	7	24	8	19	6	15	6	23	8	23	5
55-60 J.	42	6	47	8	58	6	62	14	37	8	30	9	45	14	44	8	40	13	37	13	34	7	32	13	27	6	22	6
60-65 J.	41	11	33	8	52	7	39	12	43	5	61	11	62	10	49	9	47	14	41	12	18	13	39	2	31	7	25	10
65-70 J.	30	10	38	7	34	6	31	9	20	4	27	9	32	13	30	9	35	11	23	5	31	6	25	5	25	8	25	12
70-75 J.	24	5	31	6	22	8	24	8	25	7	18	8	35	13	28	12	17	8	21	8	18	7	19	6	8	8	19	5
75-80 J.	27	6	14	4	19	7	27	6	12	6	11	9	14	7	17	7	22	12	12	9	6	12	11	11	11	12	5	5
80-85 J.	14	5	14	4	12	6	16	5	8	3	10	5	11	8	9	5	7	6	12	5	2	6	8	6	10	2	5	5
85-90 J.	3	-	4	2	3	2	9	2	4	1	-	2	5	2	1	2	2	2	3	3	2	2	2	5	-	1	5	1
90 u. mehr	1	-	2	-	-	-	1	1	3	-	1	-	2	-	1	1	-	1	-	1	1	1	2	-	-	-	1	3
unbek.	3	-	-	-	1	1	6	2	3	-	1	1	6	1	4	2	4	1	-	-	-	-	2	1	2	-	-	-

Neben den medizinischen Fragen, die der Ertrinkungstod aufwirft, kann er unter Umständen zu versorgungsrechtlichen Ansprüchen der Hinterbliebenen führen.

Zur Regelung von Ansprüchen von Militärpersonen oder Hinterbliebenen, die sich aus Gesundheitsverletzungen während ihres Militärdienstes ergeben, sind im Laufe der Zeit im deutschen Recht die verschiedensten Gesetze erlassen worden, deren Aufzählung im Einzelnen den Rahmen der Arbeit sprengen würde.

Es soll daher nur auf das Gesetz zur Versorgung der Militärpersonen und ihrer Hinterbliebenen bei Dienstbeschädigung (Reichsversorgungsgesetz v. 12.5.1920 RGBL I S. 989 und auf das Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges: Bundesversorgungsgesetz BVG vom 21.12.1950 in der Fassung vom 20.1.1967) hingewiesen werden.

Gemäß § 1 des Reichsversorgungsgesetzes erhielten frühere Angehörige der deutschen Wehrmacht und ihre Hinterbliebenen wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen einer Dienstbeschädigung auf Antrag Versorgungshilfe.

Gemäß § 1 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes hat einen Anspruch auf die in dem Gesetz vorgesehenen Leistungen, "wer durch eine militärische oder militärähnliche Dienstverrichtung oder durch einen Unfall während der Ausübung des militärischen oder militärähnlichen Dienstes oder durch diesen Dienst eigentümlichen Verhältnisse

eine gesundheitliche Schädigung erlitten hat".

Da in den Fällen des Bade- oder Ertrinkungstodes ein Anspruch des Beschädigten selbst ausscheidet, können nur dessen Hinterbliebene Ansprüche geltend machen. Gemäß § 1 Abs. 5 BVG erhalten die in den §§ 38 - 52 BVG im Einzelnen benannten Hinterbliebenen auf Antrag Hinterbliebenenversorgung, wenn der Beschädigte an den Folgen der Schädigung gestorben ist.

Während das Reichsversorgungsgesetz nur für ehemalige Angehörige der deutschen Wehrmacht, also des Heeres, der Marine und der Schutztruppen, sowie ihre Hinterbliebenen galt, dehnt das BVG den Kreis der Anspruchsberechtigten aus. Das BVG erfaßt, und darin liegt der wesentliche Unterschied zu früheren gesetzlichen Regelungen, alle Personen, die durch unmittelbare Kriegseinwirkungen Gesundheitbeschädigungen erlitten haben. Ansprüche können daher auch Zivilpersonen geltend machen, vorausgesetzt sie haben ihren Wohnsitz im Bundesgebiet. Wann im einzelnen ein Anspruch gegeben ist, richtet sich heute nach den in § 1 Abs. 1 BVG genannten Voraussetzungen. Das sind im einzelnen: Militärische oder militärähnliche Dienstverrichtungen, ist Dienst, also der Dienst des Soldaten schlechthin oder Dienst im militärähnlichen Dienst (6).

Zur Abgrenzung dieser Begriffe sei auf die §§ 2 und 3 BVG verwiesen, die im einzelnen näher bestimmen, welche Tätigkeiten hierunter fallen. Als Unglücksfall (7) wird ein auf äußere Einwirkung beruhendes plötzliches

örtlich und zeitlich bestimmbares Ereignis bezeichnet, das einen Körperschaden verursacht. Dieser Unfall muß sich während der Ausübung des Dienstes ereignet haben. Es genügt nicht, daß sich der Unfall während der Dienstzeit oder innerhalb des militärischen Dienstverhältnisses zugetragen hat, der Soldat aber tatsächlich keinen Dienst ausgeübt hat (8).

Dem militärischen oder militärähnlichen Dienst eigentümliche Verhältnisse liegen dann vor, wenn bestimmte Ereignisse mit der Eigenart des Dienstes in der Regel zwangsläufig verbunden sind. Dabei kann die Beantwortung der Frage, ob diese Voraussetzungen gegeben sind, durchaus davon abhängen, wo sich das schädigende Ereignis abspielte: in der Heimat, in besetzten Gebieten oder an der Front.

Ein Badeunfall, den der Soldat beim Baden während der Freizeit in der Heimat erlitten hat, fällt nicht hierunter (9).

Hat sich der Unfall dagegen beim Baden in Gewässern im besetzten Gebiet oder an der Front zugetragen und befand sich der Soldat nicht im Dienst, kann unter Umständen aus hygienischen Gründen wegen der sonst eingeschränkten Reinigungsmöglichkeiten oder wegen der Unterbrechung der Eintönigkeit anders entschieden werden (10).

Daraus folgt, daß im konkreten Einzelfall geprüft werden muß, ob die Voraussetzungen des BVG vorliegen. Das kann, muß aber bei einem Badeunfall oder Ertrinkungstod der

Fall sein. Diese Rechtslage besteht auch bei einer Anwendung der RGBL.

In der Praxis spielen jedoch die Abgrenzungsprobleme zwischen Bade- und Ertrinkungstod im Rahmen der versorgungsrechtlichen Ansprüche nicht die Rolle, die sie bei den allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen und Lebensversicherungen spielen. Es soll daher noch kurz auf die sich bei der Anwendung dieser Bestimmungen ergebenden Streitfragen eingegangen werden, weil sie auch bei den versorgungsrechtlichen Ansprüchen eine Rolle spielen könnten.

Da sich die für die Lebensversicherungen und die Unfallversicherungen geltenden Bedingungen im wesentlichen decken, soll hier nur auf die 'Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Unfallversicherungen' (AUB) eingegangen werden.

Nach den AUB gewährt der Versicherer dem Versicherten während der Vertragsdauer Versicherungsschutz gegen die Folgen von Unfällen. Gemäß § 2 Abs. 1 AUB liegt ein dem Versicherungsschutz unterliegender Unfall vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Von einem plötzlichen Ereignis im Sinne der Bestimmung spricht man dann, wenn sich das Unfallereignis in einem relativ begrenzten Zeitraum ereignet und für das Unfallopfer auch unerwartet und unentrinnbar auftritt. (WUSSOW

AUB, § 2 Anm. 7). Zu der weiteren Voraussetzung für den Eintritt der Unfallversicherung zur Abdeckung eines Schadens gehört, daß das schädigende Ereignis durch ein äußeres Ereignis bewirkt wurde. Hier sind äußere Einflüsse von inneren Geschehnissen abzugrenzen. Letztere stellen keinen Unfall dar und führen als sog. Badetod zu keiner Haftung des Versicherers nach den AUB.

Unstreitig durch ein von außen auf den Körper wirkendes Ereignis ist ein Unfall verursacht, wenn der Versicherungsnehmer unfreiwillig in das Wasser stürzt und dadurch der Tod verursacht wird. Hier liegt ein Unfall vor. (WUSSOW, AUB, § 2 Anm. 14; KRAULAND, LVM 1972, 1,4).

Dem gleichzustellen sind die Fälle, in denen der Versicherte zunächst freiwillig in das Wasser gegangen ist, dann infolge des Soges der einsetzenden Ebbe, der starken Strömung, einer unterirdischen Quelle oder anderer Naturereignisse zu Tode kommt.

Geht der Versicherte dagegen freiwillig baden und erleidet er im Wasser einen Herzschlag oder führt ein ähnliches Ereignis zum Tode, liegt kein Unfall im Sinne der AUB vor. Dieser sog. Badetod ist nicht entschädigungspflichtig.

Zwischen diesen eindeutigen Fällen liegen die Fälle, bei denen sowohl eine äußere als auch eine innere Ursache mitwirken. Die Obduktion ergibt einen Ertrinkungstod, daneben stellt sich aber heraus, daß kurz vor dem Tod

eine krankheitsbedingte Ohnmacht oder ein Schwächeanfall aufgetreten ist. In diesen Fällen hat die Krankheit nicht zum Tod geführt, aber ohne sie wäre es nicht zum Ertrinken gekommen. Obwohl hier zwei Voraussetzungen notwendig sind, um die Ursachenkette in Gang zu setzen, vertritt man überwiegend die Auffassung, daß hier ein Unfall vorliegt. Da es für die Unfallvoraussetzungen ausschließlich auf dasjenige Geschehen ankommt, das unmittelbar die Gesundheitsschädigung herbeiführt, nicht aber auf ein zeitlich früher liegendes Ursachenereignis. (WUSSOW, AUB, § 2 Anm. 6).

Die zeitlich früher liegenden Ereignisse sind für den Versicherungsfall jedoch nicht bedeutungslos, vielmehr kann bei einer dem Ertrinkungstod vorangehenden Geistes- oder Bewußtseinsstörung gem. § 3 Abs. 4 AUB die Versicherung ausgeschlossen sein. Daraus folgt auch, daß die Versicherungen selbst derartige Unglücksfälle als Unfall ansehen, sonst bedürfte es keines besonderen Ausschlusses.

Im übrigen kann es, wenn zwei Ursachen nötig waren, den Ertrinkungstod herbeizuführen, nach § 10 Abs. 1 AUB zu einer Einschränkung der Leistungspflicht des Versicherers kommen.

In der einschlägigen Literatur umstritten sind die Fälle, in denen der Tod durch Herzschlag in dem Augenblick eintritt, in dem der Versicherte freiwillig in das Wasser springt, da der Temperaturunterschied zwischen Luft und Wasser zu groß ist.

Gem. § 2 Abs. 3c AUB entfällt der Versicherungsschutz bei Gesundheitsschädigungen durch Licht-, Temperatur- und Witterungseinflüsse. Daraus wird zum Teil hergeleitet (EICHELMANN [11]), daß kein Versicherungsschutz besteht, wenn der Versicherte beim Sprung in kaltes Wasser einen Herzschlag erleidet.

Demgegenüber wird die Meinung vertreten, in § 2 Abs. 3c AUB werden lediglich gewisse Grenzfälle dahin klar gestellt, daß sie für sich allein keine Unfälle darstellen. Sie müssen vielmehr durch einen Unfall verursacht worden sein. (WUSSOW, AUB, § 2 Anm. 1). § 2 Abs. 3c AUB soll nur die Fälle ausschließen, bei denen es sich um eine längere allmähliche Einwirkung der Temperatur auf die Körper handelt (RG - 10.10.1940 - JRPV 40, 187; WUSSOW, AUB, § 2 Anm. 14), daher sei auch bei einem Herztod im Wasser, der auf den plötzlichen Temperaturunterschied zurückzuführen sei, ein Versicherungsfall gegeben.

Welcher dieser Ansichten zu folgen ist, wird im weiteren Verlauf der Zeit zu klären sein.

Die AUB finden keine Anwendung, wenn der Unfall unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse verursacht worden ist (§ 3 Abs. 1 AUB). Ein Kriegsereignis ist dann ursächlich für den eingetretenen Schaden, wenn der Schaden ohne den Krieg nicht eingetreten wäre. In diesen Fällen richten sich etwaige Ersatzansprüche nach dem Reichs- oder dem Bundesversorgungsgesetz.

Wie aufgrund dieser allgemeinen Bestimmungen in den von uns untersuchten Fällen entschieden worden ist, geht aus dem uns vorliegenden Aktenmaterial - ausschließlich Sektionsbefunde - nicht hervor. Diese Sektionsbefunde können Grundlage für einen langen Rechtsstreit gewesen sein - doch wäre das andernorts dokumentiert. Allenfalls könnte man das Fehlen so vieler Protokolle damit erklären, daß diese zur Klärung der versorgungsrechtlichen Fragen von der dafür zuständigen Stelle angefordert worden und nicht wieder zurückgegeben worden sind. Wenn das zutrifft, wären uns gerade die aus rechtsmedizinischer Sicht besonders interessanten Akten entgangen - aber es handelt sich nur um eine Vermutung.

Zum Schluß sollen die Protokolle einer Reihe von Fällen wiedergegeben werden, von denen jeder für sich eine besondere Fragestellung beinhaltet.

VI. KASUISTIK

Um einen Einblick in die Arbeitsverhältnisse und die Besonderheiten der Sektionsprotokolle zu geben, sollen 12 ausgewählte Fälle wiedergegeben werden. Dabei handelt es sich nur um eine auszugsweise Wiedergabe. An diesen Fällen soll auch nichts besonderes gezeigt werden. Es soll lediglich eine Dokumentation gegeben werden, um zu zeigen, wie damals gearbeitet wurde. Die Angaben beschränken sich auf die Umstände des Falles, die Epikrise und die anatomische Diagnose. Die z.T. sehr ausführlichen Protokolle wurden weggelassen, da aus ihnen keine neuen Erkenntnisse gewonnen werden konnten. An den Begriffen und Diagnosen wurde nichts geändert, obwohl z.B. der Begriff Magentod einer Interpretation bedürfte. Gemeint dürfte wohl der Tod bei gefülltem Magen sein. Ähnliche Überlegungen sind selbstverständlich auch bei anderen Diagnosen anzustellen. Bei dem Fehlen von Laboruntersuchungen ist aber eine genaue Angabe nicht möglich, daher wird nur eine rein dokumentarische Wiedergabe versucht.

Fall 1, 19 Jahre, Schwimmer

Obduzent: Dr. Krauland

Ort: Innsbruck N 900

Vorgeschichte und klinische Daten:

J.B. soll in den letzten Tagen beim Dienst nicht recht mitgekommen sein. Am 6.8.42 um 7 Uhr 45 beim Wettschwimmen im Hallenbad plötzlich untergegangen, zog noch einen anderen mit; angeblich schon nach 60 Sekunden bewußtlos geborgen. Während der andere schon nach 10 Min. wieder das Bewußtsein erlangt hatte, blieben bei B. alle Bemühungen, Wiederbelebungsversuche und Injektionen umsonst.

Ausführliche pathologisch-anatomische Diagnose:

Deutliche, aber nicht übermässige Ballonierung der Lungen, reichlich Schaum in den Luftwegen.

Harnblase gefüllt. Im Magen frischer Speisebrei.

Kleine Blutaustritte in den Bindehäuten. Untersichlassen von Kot. Blutbeule an der rechten Stirnseite. Keine greifbaren krankhaften Veränderungen. Das Herz kräftig, Schlagadern zart. Relative Schädelenge. Histologisch am Herzen keine Veränderungen. Im Lungensaft keine auffallenden Fremdkörper.

Fall 2, 20 Jahre, Schwimmer

Obduzent: Dr. Csato

Ort: Banga Luka N 1065

Vorgeschichte und klinische Daten:

Das Boot wollte 400 Meter stromab zu einem über die Sana gespannten Drahtseil fahren, um dieses zu kappen.

Etwa 8 Meter vom Ufer entfernt ragte ein Baumstumpf aus dem Wasser. An diesen streifte das Boot an und die Insassen fielen ins Wasser. Der Verunglückte schwamm dann bis etwa 4 Meter zum Ufer. Dort ging er plötzlich lautlos unter. Sofort einsetzende Suchaktionen hatten nach etwa 10 Min. Erfolg. Nach Aussagen des Uffz. war Ch. starker Raucher, mäßiger Alkoholtrinker, kein Kraftfahrer, in der letzten Zeit nicht krank gewesen. Vermutliche Todesursache: Coronartod.

Epikrise:

Nach anamnestischen Angaben ist bei Ch. der Tod durch Ertrinken eingetreten. Ch. verunglückte mit einem Boot und schwamm dann bis etwa 4 Meter an das Flußufer heran; hier ging er plötzlich lautlos unter. Es handelt sich dabei um einen sog. "Badetod". Die Sektion ergab den Befund eines 'status thymicolymphaticus', der für die Beurteilung des Falles nicht gleichgültig sein dürfte. Im allgemeinen erfolgt bei derartigen Menschen ein plötzlicher Herz- und Kreislaufkollaps, der besonders gerne bei der auch hier vorliegenden starken Füllung des Magens hervorgerufen wird. Gröbere organische Erkrankungen des Herzens oder des Gehirns sowie eine Trommelfellperforation, die den Eintritt des Ertrinkungstodes hätten begünstigen können, wurden bei der Leichenöffnung nicht gefunden. Der Tod durch Ertrinken tritt bei status thymicolymphaticus besonders gerne dann ein, wenn - wie es hier der Fall war - das Wasser sehr kühl und der Verunglückte naturgemäß nicht abgekühlt war.

Fall 3, 20 Jahre, Schwimmer

Obduzent: Dr. Brückler
Ort: Athen N 1273

Klinische Diagnose:

Tod beim dienstlichen Baden

Bei der Sektion fanden sich Lungenblähung und petechiale Blutungen in das Lungenfell, ein schlaffes, rechts dilatiertes Herz und starke Blutfülle in den Organen, außerdem mäßig hochgradige Hirnschwellung.

Gleichzeitig fand sich an der Unterseite des Stirn- und Schläfenlappens des Gehirns rechts in der Pia eine gut walnussgroße Cyste mit xanthochromem Liquor und zart bräunlich verfärbter Wand, ferner eine narbige Verwachsung des Ependyms des rechten Seitenventrikels vorn und ein unregelmäßig gebuckeltes Knochenrelief in der mittleren Schädelgrube rechts.

Diese Befunde lassen auf einen alten Schädelbasisbruch schließen. Sie wurden bestätigt durch die histologischen Untersuchungen, bei denen in der Pia teilweise verkalkte Narben und Hämosiderinpigment nachgewiesen wurde.

Angesichts dieser Befunde besteht die Möglichkeit, daß der Ertrinkungstod des B. als eine Spätfolge jenes Hirntraumas aufzufassen ist insofern, daß vielleicht während des Schwimmens ein plötzlicher Schwindel und Ähnliches auftrat, ausgelöst durch die Abkühlung des Körpers.

Epikrise (Auszug):

Nach den Angaben des Truppenarztes ging B. beim dienstlichen Baden im Meer unter und wurde nach 20-30 Min. geborgen. Wiederbelebungsversuche blieben ohne Erfolg.

Fall 4, 31 Jahre, Schwimmer

Obduzent: Dr. K. Steffen
Ort: Zwentendorf N 1111

Vorgeschichte und klinische Daten:
Sch. war von Anfang März bis Anfang April 1943 mit Myokardschaden in Lazarettbehandlung, hierauf im Res. Laz. Semmering zur Erholung. Von dort vom 12. bis 27. Mai beurlaubt. Sch. unternahm in Ybbs a/d Donau mit seiner Frau eine Bootsfahrt auf der Donau; das Boot kenterte, wobei Sch. ins Wasser fiel und, obwohl guter Schwimmer, im Wasser versank. Sch. wurde am 23.5.1943 in Zwentendorf tot aus der Donau geborgen.

Wasserleiche mit Herzhypertrophie und Dilatation (Herzgewicht 470 g). Mäßig gestaute Organe.
Hochgradige Fäulnis.

Tod im Wasser - Herzschlag (Unfall)

Fall 5, 18 Jahre, Nichtschwimmer

Obduzent: Dr. Müller
Ort: Pillau N 1393

Klinische Angaben:
Am 3.8. außerdienstlich im Seekanal gebadet. Seit dieser Zeit vermißt. Angeblich Nichtschwimmer. Am 8.8. gefunden.

Anatomische Diagnose:
Fortgeschrittene allgemeine Fäulnis bei wahrscheinlichem Ertrinkungstod. Alte Narbe an der lk. Stirn. Alte Pleuraversachsungen links.
Wahrscheinlich Ertrinkungstod.

Epikrise:

Aufgrund des Sektionsbefundes und der Vorgeschichte muß angenommen werden, daß ein Tod durch Ertrinken vorliegt. Da R. Nichtschwimmer gewesen sein soll, ist es als wahrscheinlich zu erachten, daß er beim Baden an eine tiefe Stelle geraten ist und dort ertrank. Anhaltspunkte für vorausgehende fremde Gewalteinwirkung konnten durch die Sektion nicht festgestellt werden. Organveränderungen, die ursächlich für ein plötzliches Versagen sprechen könnten, fanden sich nicht.

Fall 6, 40 Jahre, Schwimmer

Obduzent: Dr. Merkel
Ort: Bukarest N 979

Epikrise:

Nach Angaben der beiden Unfallanwesenden hat sich der Unfall folgendermaßen zugetragen:

S. hat am 11.7.42 mittags bei Bekannten um 13-14 Uhr reichlich zu Mittag gegessen, dann geschlafen und ist nach kurzem Kaffeetrinken gegen 17 Uhr zum Baden gegangen. Er schwamm im Snagowsee mit K. auf ein 100 m entferntes Flossack, wo er ohne Beschwerden hinkam. Von diesem aus sprang er zweimal ins Wasser. Das erstemal kam er gleich wieder hoch, stieg auf das Floß und sprang nochmals ins Wasser. Danach kam er nicht mehr hoch. Der Soldat, der nicht tauchen konnte, holte einen zufällig am Strand anwesenden deutschen San.-Off., der 10 Min. später an der Unfallstelle tauchte und nach einigem

Suchen den S. bergen konnte. Er stellte den Tod fest; ein rumänischer Arzt versuchte trotzdem noch eine intracardiale Adrenalin-Injektion, bei der die Nadel abbrach. Nach Angaben des Truppenarztes, der den Inspektor gut kannte, war er immer gesund und frei von irgendwelchen Herz- und Kreislaufbeschwerden; er hatte S. als tropentauglich befunden. Die Sektion zeigte einen stark gefüllten Magen und Hyperämie der Magen-Darmschleimhaut. Es fällt auf, daß trotz des Zwischenraumes von 4 Stunden der Magen noch fast gefüllt war. Es muß angenommen werden, daß es infolge des hochgradigen Füllungszustandes von Magen und Darm mit deutlicher Hyperämie zum akuten Herzstillstand gekommen ist, vielleicht infolge unglücklichen Aufprallens des Leibes aufs Wasser, wodurch bekanntlich ein starker Vagusreiz erfolgt.

Fall 7, 33 Jahre, Schwimmer

Obduzent: Dr. Linde
Ort: Dijon N 813

Vorgeschichte:
R. hatte zusammen mit Kameraden seiner Einheit gebadet und wurde von ihnen noch um 17.30 Uhr gesehen. Vermißt wurde er erst gegen 18 Uhr, da seine Kameraden annahmen, er habe sich etwas vom Bade entfernt. Die daraufhin langsam einsetzenden Suchaktionen im Schwimmbecken führten erst gegen 21.45 Uhr zu einem Erfolg, nachdem das Wasser des Freibades abgelassen worden war. Der anwesende Truppenarzt fand die Leiche in Totenstarre.

Totenflecke waren am ganzen Kopf und der oberen Brust- und Rückenpartie vorhanden. Keine Verletzungen. R. hatte zum letztenmal um 12.30 Uhr gegessen. Alkoholgenuß soll nach Angaben der Kameraden jedenfalls während des Aufenthaltes im Bade (mehrere Stunden vor der Ertrinkung) nicht stattgefunden haben.

R. sei auch nicht überhitzt ins Wasser gegangen, sondern habe schon eine halbe Stunde, bevor er dann vermißt wurde, mit seinen Kameraden im Wasser geschwommen. Schwimmkenntnisse angeblich mäßig.

R. war in den letzten 3 Monaten nicht in ärztlicher Behandlung gewesen, im März 1942 einmal ambulant wegen geringer Bronchitis. Letzte Impfung am 1., 8., 15.6.42 gegen Ruhr.

Anatomische Epikrise:

Durch die Leichenöffnung konnten keinerlei organische Krankheitserscheinungen bei R. gefunden werden. Es handelt sich in völliger Übereinstimmung mit den Erhebungen um einen Ertrinkungstod eines mäßigen Schwimmers. Ursächlich ist die deutlich festzustellende Überfüllung des Magens mit sehr schlecht gekauten Speisen und die starke Verdauungstätigkeit des Dünndarms insofern anzuschuldigen, als mit hinreichender Wahrscheinlichkeit eine akute Blutfülle im Splanchnicusgebiet zu einer Blutdrucksenkung im großen Kreislauf geführt hat, sodaß R. das Bewußtsein verlor und nunmehr im Wasser ertrank. Die Befunde an Lungen und Luftwegen. ebenso wie am Herzen sprechen für einen längeren Todeskampf.

Ein Verschulden Dritter liegt nicht vor. Die W.D.B. Frage ist vom Truppenarzt zu entscheiden.

Fall 8, 36 Jahre, Schwimmer

Obduzent: Dr. Kahlau
Ort: Aschaffenburg N 1349

Vorgeschichte und klinische Daten:
B. sei am 17.8. im Main geschwommen und dabei untergegangen. Die Leiche konnte erst nach 3 Tagen geborgen werden. Sonst liegen keine weiteren Angaben vor, sie waren auch fernmündlich nicht zu erhalten.

Epikrise:
Wegen der weitgehenden Leichenfäulnis konnte anatomisch nichts mehr festgestellt werden. Den klin. Angaben nach zu urteilen, die allerdings sehr dürftig sind, hat es sich offenbar um einen Tod im Wasser und nicht um einen Ertrinkungstod gehandelt. Vielleicht hat die Füllung des Magens dabei ursächlich eine Rolle gespielt. B. muß kurz vor dem Baden reichlich gegessen haben.

Fall 9, Schwimmer

Obduzent: Dr. Meyer
Ort: Kolberg N 1324

Vorgeschichte und klinische Daten:
am 25.7. nach dem Essen mit einem Kameraden zum Baden gegangen. Verließ gegen 1 Uhr die Kaserne und ging erst gegen 3 Uhr ins Wasser. Schwamm etwa 8 bis 10 m weit hinaus und ging plötzlich lautlos unter. Nach seiner

Bergung wurden noch Wiederbelebungsversuche gemacht.

Epikrise:

Durch die Sektion konnte eine sichere Todesursache nicht festgestellt werden. Die Begleitumstände (Vergl. Krankengeschichte) sprechen dafür, daß es sich um einen sog. Badetod handelt.

Fall 10, 28 Jahre, Schwimmer

Obduzent: Dr. Meyer
Ort: Kolberg N 1323

Vorgeschichte und klinische Daten:

Urlauber, nicht nach Kolberg beurlaubt. Er wurde von seiner Braut, mit der er in der Ostsee badete, ausdrücklich gewarnt, nicht zu den Buhnen hinauszuschwimmen. In der Nähe der Badestelle befindet sich außerdem eine Warnungstafel. Als er doch hinausschwamm, wurde er von seiner Braut beobachtet. Er soll plötzlich die Arme hochgeworfen haben und untergegangen sein. Der Unfall ereignete sich am frühen Nachmittag des 21.7.43.

Epikrise:

Nach dem Sektionsbefund handelt es sich mit Wahrscheinlichkeit um einen Ertrinkungstod. Ein Badetod kann jedoch nicht sicher ausgeschlossen werden, da anzunehmen ist, daß künstliche Beatmung vorgenommen wurde; und auch die Begleitumstände (Vergl. Krankengeschichte) eher für Badetod als für Ertrinkungstod sprechen.

Fall 11, 32 Jahre, Nichtschwimmer

Obduzent: Dr. Buchaly
Ort: Brüx N 1409

Vorgeschichte und klinische Daten:

Gegen 17 Uhr wurde ein Angehöriger der badenden Genesendenkompanie vermißt. Bei sofort angestelltem Suchen fand man den E. im Badeteich liegen an einer Stelle nahe der Nichtschwimmergrenze, schätzungsweise 70 cm tief. Wasserwärme schätzungsweise 22-23°C. Ein anwesender Sanitäts-Unteroff. veranlaßte sofort alles notwendige. Er stellte den Körper des E. auf den Kopf, schüttelte und preßte nach seiner Angabe eine Menge Wasser aus dem Körper. Nach guter Lagerung wurde sofort künstliche Atmung eingeleitet. Der Stabsarzt konnte nach seiner Ankunft am Körper des Verunglückten keine Zeichen einer Verletzung feststellen. Kein Schädelbruch, keine Wirbelsäulenverletzung, keine Hautabschürfungen. Die Haut war blaß, der Kopf blaurot. Aus der Nase kam blutiger Schaum. Der Körper fühlte sich lauwarm an. Totenstarre war noch nicht vorhanden. Schätzungsweise lag der Körper 1/2 Stunde oder mehr im Wasser. Es wurde Lobelin und Suprarenin intracardial injiziert. Die künstliche Atmung über 2 Stunden fortgesetzt. Als dann an den unteren Extremitäten Totenstarre eintrat, wurde mit den Rettungsmaßnahmen aufgehört.

Es handelt sich offenbar um einen Tod durch Ertrinken.

Pathologisch-anatomische Diagnose:

Aspiration von Wasser in die Luftröhrenäste, teilweise

interstitielles Lungenemphysem. Dilatation des rechten Herzens. Akute Blutstauung der Organe. Fleckförmige Blutung des Epicards.
Coronarsklerose mit größerem Herd im linken absteigenden Ast, geringe Herzschwielenbildung, geringe feinkörnige Verfettung des Herzmuskels. Dilatation der linken Herzkammer, hochgradige Stauung im kleinen Kreislauf. Lungenödem. Verkalkung der Gekröselymphknoten. Geringe Abschürfungen an der Stirn.

Fall 12, 17 Jahre, Nichtschwimmer

Obduzent: Dr. Lunk
Ort: Dijon N 814

Anatomische Epikrise:
Ein sicherer Ertrinkungstod konnte durch die Leichenöffnung nicht nachgewiesen werden, dagegen fand sich neben oberflächlichen Schnittverletzungen an beiden Händen, die durch zersplittertes Fensterscheibenglas entstanden sein könnten, zwei parallel verlaufende, gleich große 2,5-3,0 cm lange Verletzungen an der linken Kopfseite, die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit durch äußere Gewalteinwirkung mit ein und demselben Gegenstand verursacht worden sind. Die eine dieser Verletzungen führte auch zum Einbruch des knöchernen Schädeldaches. Aufgrund des gesamten Befundes bestehen hinreichende Verdachtsmomente, die auf eine Schuld Dritter am Tod des G. hinweisen. Es ist nicht ausgeschlossen, daß auch die Handverletzungen beim Kampf mit einem Dritten entstanden sind. Die Blutalkoholuntersuchung karn möglicher-

weise noch weiteren Aufschluß über den Blutalkoholspiegel zur Zeit des Todeseintritts geben. Infolge der fortgeschrittenen Leichenveränderung war der anatomische Befund in seiner Deutung erschwert und es ist damit zu rechnen, daß diese Leichenveränderungen auch die Blutalkoholbestimmung erheblich beeinträchtigen, wenn nicht unmöglich machen.

Die verletzte Haut und ein Teil des Schädelknochens wurden sichergestellt und stehen nach Konservierung zur Verfügung.

VII. ZUSAMMENFASSUNG

Ziel der vorgelegten Arbeit war es, die 654 aktenkundigen Fälle von Ertrinkungs- und Badetod von deutschen Soldaten im zweiten Weltkrieg nach gerichtsmedizinischen Gesichtspunkten zu analysieren, wobei den militärärztlichen Verhältnissen und dem Problem der versorgungsrechtlichen Anerkennung die besondere Aufmerksamkeit gelten sollte. Allerdings konnten nur die Grundsätze, nach denen Todesfälle im Wasser versorgungsrechtlich zu behandeln sind (und die Grundsätze für ähnliche Unfälle in Friedenszeiten) dargelegt werden. Wie in den hier untersuchten Fällen tatsächlich versorgungsrechtlich entschieden worden ist, geht aus dem uns vorliegenden Aktenmaterial nicht hervor.

Da darüber hinaus auch die Frage, ob der Verunglückte des Schwimmens kundig war, besonders berücksichtigt werden sollte, mußte sich die Arbeit auf die 196 Fälle beschränken, bei denen es bekannt war, ob die Verunglückten Schwimmer oder Nichtschwimmer waren. Es waren 116 Schwimmer und 80 Nichtschwimmer, die einen Ertrinkungs- oder Badetod erlitten. Allerdings ließ sich die Diagnose "Badetod" oder "Ertrinkungstod" nur in 28 Fällen aus den Sektionsprotokollen ableiten. Davon waren 21 Ertrinkungstodesfälle, 4 Badetodesfälle, 2 Alkoholintoxikationen und ein Todesfall im Wasser durch Fremdeinwirkung.

über den Zusammenhang zwischen Alkoholgenuß und Tod im Wasser können keine Angaben gemacht werden, da nur bei 9 der 196 Toten Angaben über den Blutalkoholgehalt angegeben waren. Doch war aus den Umständen zu entnehmen, daß Alkohol weit häufiger eine wichtige Rolle spielte.

Die Mehrzahl der Todesfälle ereignete sich im Dienst bzw. in unmittelbarem Zusammenhang damit, nämlich in 103 Fällen bei Schwimmern und in 72 Fällen bei Nichtschwimmern (Tod beim Wehrbaden und Unfalltod). Selbsttötung war dreimal bei Nichtschwimmern anzunehmen.

Die große Schwierigkeit bei der Bewertung der vorhandenen Unterlagen lag in der unterschiedlichen Genauigkeit der Vorgeschichte und der Sektionsprotokolle, die offensichtlich nicht nur auf eine unterschiedliche Ausbildung der Untersucher, sondern auch auf äußere Einwirkungen zurückzuführen sein dürfte. Eine genauere Ermittlung, ob ein Ertrinken aus innerer Ursache (Badetod) bei Schwimmern oder Nichtschwimmern vorlag, ließ sich daher nicht treffen.

VIII. LITERATURVERZEICHNIS

(1) KRAULAND, Lebensversicherungsmedizin, 24, 1 (1972)

(2) EMMINGER, Berichte der Deutschen Lebensrettungsges. Hippokrates 39, 849-854 (1968)

(3) KRAULAND, Rechtsmedizin 69, 1-25 (1971)

(4) JÄÄSKELÄINEN, Ref. in Zbl. Rechtsmedizin 1, 251 (1970)

(5) HÄRTING, Der Ertrinkungstod in den letzten 10 Jahren, Jahrbuch der DLRG 1961, 151

(6) WILKE/WUNDERLICH, Kommentar zum Bundesversorgungsges. 1973, §1 II 1, 21

(7) SCHICKEL/AICHBERGER, Kommentar zum Bundesvertriebenengesetz, 1951, § 1 Anm. 5

(8) Bundessozialgericht v. 6.8.1963, BVBl 1969, 59 Nr. 9

(9) BSozG - 9. Sen. Urt. v. 23.8.1960 - Az. 9RV 1226/57 zitiert nach WENZEL, Kriegsopferversorgung 1964, 22

(10) WILKE/WUNDERLICH, BVG, § 1 II 3, 24

(11) EICHELMANN, Tod beim Baden im Rahmen d. Unfallvers., Vers.R., 1972, 411, 413

(12) HEGER, Das Krankenbuchlager Berlin, in Forsch.Prax Fortb. (Med) 1967, 575

Herrn Professor Dr. med. Walter KRAULAND gebührt mein besonderer Dank für die Überlassung des Themas sowie für die weitreichende Förderung und Hilfe bei der Anfertigung dieser Arbeit.

Durch die vielseitige Unterstützung der Mitarbeiter des Institutes für Rechtsmedizin der Freien Universität Berlin und des Krankenbuchlagers Berlin wurden mir schwer zugängliche Literaturquellen erschlossen.

Ich danke Frau Dipl. Ing. Katharina SCHMIDT vom Institut für Medizinische Statistik und Dokumentation am Klinikum Berlin-Steglitz, die mir bei der statistischen Auswertung stets mit freundlicher Beratung zur Seite stand.

LEBENSLAUF

Am 22. November 1928 kam ich in Athiéme (Dahomey) als Sohn des Kaufmanns Pierre A. JOHNSON und seiner Frau Cécile Ayikoélé Ata Ayi zur Welt.

Nach Schulabschluß besuchte ich von 1948 - 1950 die Ecole Nationale de l'AMI et d'Hygiène und bekam das Diplom als Agent de Santé et d'Hygiène. In diesem Beruf war ich bis 1960 in Togo tätig.

Von 1960 - 1961 wurde ich von der U.G.T.A.N., dem Allgemeinen Afrikanischen Gewerkschaftsbund, zu einem Studium an der FDGB-Hochschule Fritz Heckert in Bernau bei Berlin delegiert, das ich mit Diplom abschloß.

Bis 1963 besuchte ich das Studienkolleg im Herder-Institut der Karl-Marx-Universität Leipzig und legte dort die Sprach- und Reifeprüfung mit Erfolg ab. Bis 1967 studierte ich in Rostock Medizin.

Von 1967 - 1970 bemühte ich mich in Berlin (West) um Anerkennung meiner Zeugnisse aus der DDR, um das Medizinstudium beenden zu können. Nach Anerkennung des Reifezeugnisses (1970) und des Vorphysikums (1971) konnte ich im Sommersemester 1971 das Physikum und im Wintersemester 1975 das Staatsexamen mit Erfolg ablegen.

Seit März 1975 bin ich als Medizinalassistent im Institut für Rechtsmedizin der Freien Universität Berlin tätig.